Nazwa i adres laboratorium[1]	ZLB-1 **Zgłoszenie** dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych[2]	Adresaci: **Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny** w .....

Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego[3]

Część I. Numer księgi rejestrowej

Część II. TERYT siedziby

Część VII. Komórka organizacyjna

Uwagi:

[1] W przypadku dokumentu sporządzonego w postaci papierowej dane mogą być naniesione na dokument w formie pieczątki albo nadruku.

[2] Nie dotyczy dodatnich wyników badań w kierunku gruźlicy i ludzkiego wirusa niedoboru odporności (HIV) – zgłaszanych na innych formularzach.

[3] Wypełnić zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z 2019 r. poz. 173).

[4] Wypełnić w przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, wpisując serię i numer paszportu albo nazwę i numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych.

I. WYNIK BADANIA

1. Data uzyskania wyniku (dd/mm/rrrr)

☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

2. Rozpoznany biologiczny czynnik chorobotwórczy: ……..

3. Rodzaj badanej próbki / pobranego materiału diagnostycznego:
……

4. Metoda diagnostyczna:

☐ preparat bezpośredni ☐ izolacja ☐ badanie molekularne

☐ badanie stwierdzające obecność antygenu

☐ badanie stwierdzające obecność/dynamikę swoistych przeciwciał

☐ inne (wpisać jakie) ……..

II. DANE OSOBY, U KTÓREJ STWIERDZONO DODATNI WYNIK BADANIA W KIERUNKU BIOLOGICZNYCH CZYNNIKÓW CHOROBOTWÓRCZYCH

1. Nazwisko

2. Imię

3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

4. Numer PESEL

5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu[4]

6. Płeć (M, K)

7. Obywatelstwo

Adres miejsca zamieszkania:

8. Kod pocztowy ☐☐ – ☐☐☐

9. Miejscowość

10. Województwo

11. Powiat

12. Gmina

13. Ulica

14. Numer domu

15. Numer lokalu

16.

☐ Brak danych w zakresie pkt 1–15

III. DANE **PODMIOTU LECZNICZEGO LUB OSOBY ZLECAJĄCEJ BADANIE:**

1. Nazwisko (lub nazwa podmiotu leczniczego)

2. Imię (lub nazwa podmiotu leczniczego)

3. Numer prawa wykonywania zawodu

4. Nazwa komórki organizacyjnej zakładu leczniczego albo praktyki lekarskiej, w których wystawiono zlecenie lekarskie:

……

5. Numer telefonu

6. Kod pocztowy –

7. Miejscowość

8. Ulica

9. Numer domu

10. Numer lokalu

IV. INNE INFORMACJE

1. Data pobrania próbki (dd/mm/rrrr) / /

2. Badana próbka pochodziła:

☐ od pacjenta leczonego ambulatoryjnie

☐ od pacjenta hospitalizowanego, jeżeli tak, podać nazwę i adres szpitala:

……

☐ od pacjenta na jego zlecenie

☐ Inne, jakie:……

3. Powód wykonania badania

☐ diagnostyka kliniczna ☐ badanie pracownicze ☐ ciąża ☐ przyjęcie do szpitala

☐ inne badanie przesiewowe ☐ z własnej inicjatywy, bez zlecenia lekarskiego ☐ inny powód, jaki …….....

V. UWAGI (w tym dodatkowe informacje istotne z punktu widzenia interpretacji uzyskanego dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych):

VI. **DANE OSOBY ZGŁASZAJĄ**CEJ (wpisać albo nanieść nadrukiem albo pieczątką)

1. Imię i nazwisko ..... 2. Numer prawa wykonywania zawodu: .....…… 3. Podpis .....

4. Telefon kontaktowy: ..... 5. E-mail: .....